



I - ASSISTENCIAL

1. INTRODUÇÃO

O Streptococcus do grupo B (GBS ou Streptococcus agalactiae) é um coco Gram-positivo, catalase-negativo que, no Brasil, coloniza os tratos gastrointestinal e genital entre 14 a 28% das gestantes. É causa frequente de:

- bacteriúria assintomática,
- infecção urinária,
- infecção do trato genital superior,
- corioamnionite,
- Endometrite,
- sepse puerperal.

2. EPIDEMIOLOGIA E SEPSE NEONATAL.

A colonização materna é o determinante crítico da infecção em recém-nascidos, e a maioria dos casos de sepse neonatal de início precoce se deve à transmissão vertical dessa bactéria e ocorre na primeira semana de vida (90% nas primeiras 24 horas pós parto). A transmissão vertical também pode acontecer intraútero, de forma ascendente como consequência de rotura prolongada de membranas, sendo considerada uma das causas de óbito fetal. Também pode se manifestar como infecções tardias, representadas por pneumonia e meningite. A sepse neonatal precoce é a principal causa de mortalidade desta fase, e junto com a pneumonia do RN são responsáveis por 20% dos óbitos na primeira semana de vida. A mortalidade é maior entre os prematuros, especialmente abaixo de 33 semanas, quando a taxa de letalidade atinge 33%.

3. TRANSMISSÃO VERTICAL

- Por via vaginal após o início do trabalho de parto ou ruptura das membranas,
- Durante a passagem pelo canal do parto, mesmo com membranas íntegras

Estima-se que entre 35-69% dos recém-nascidos expostos ao GBS se colonizam, e, destes 1-2% desenvolvem a infecção. Desses 20 % evoluem para óbito e 15-30 % permanecem com sequelas neurológicas.

4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO

4.1 RASTREAMENTO UNIVERSAL - Todas as gestantes entre 36 semanas e 0 dias e 37 semanas e 6 dias através da coleta de material para cultura por um swab do introito vaginal e perianal (coleta de esfíncter). Valor preditivo da cultura é de 95-98% para gestantes que realizaram esse exame até 5 semanas antes do parto.

NÃO PRECISAM REALIZAR O RASTREAMENTO (serão consideradas positivas) - gestantes com antecedente de recém-nascido com infecção neonatal precoce por GBS ou cultura de urina positiva (≥ 10.000 ufc/mL) pelo GBS durante o pré-natal.

4.2 IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO – Pacientes com resultado do exame desconhecido que apresentem algum fator abaixo:

- Febre intraparto ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
- Parto prematuro (< 37 semanas)
- Ruptura de membranas há mais de 18 horas
- Parto prévio com lactente acometido por GBS
- Cultura de urina positiva para GBS na gestação atual
- Corioamnionite suspeita ou confirmada

Nos casos de Ruptura Prematura de Membranas Oculares (RPMO) pré termo sem sinais de Trabalho de Parto, deverá ser colhida a cultura antes da realização de Antibiótico profilático.

5. COLETA

- Orientação: não evacuar e não tomar banho no dia da coleta (se ocorrer de manhã, pode coletar à tarde)
- Deve ser realizada por meio do swab, obtém-se material das porções distal da vaginal – introduzir 2 cm pelo introito vaginal - e distal do reto (introduzir o swab e ultrapassar 0,5 cm o esfíncter anal) fazer movimentos giratórios, entre 36 e 37 semanas e 6 dias. O mesmo swab pode ser utilizado para as duas coletas (primeiro vaginal depois anal).
- Deve ser realizada antes do toque vaginal, desaconselha-se uso de espéculo ou lubrificantes.
- Manter em temperatura ambiente por no máximo 72 horas, colocar em meios de transport Stuart – identificar o vaginal e o anal.
- Não é necessário realizar antibiograma

6. RECOMENDAÇÕES

- Para as gestantes com rastreio **POSITIVO** durante o pré Natal, não realizar tratamento antibiótico fora de trabalho de parto. Iniciar Antibioticoprofilaxia apenas em caso de TP ou RPMO.
- Para gestantes com rastreio **NEGATIVO** durante o pré-Natal, não realizar antibioticoprofilaxia intraparto.
- Parturientes **sem coleta/resultado** da cultura para GBS vaginal/anal mas com os fatores de risco: idade gestacional < 37 semanas, ruptura das membranas corioamnióticas $\geq$ 18 horas, Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ devem receber Antibioticoprofilaxia intraparto. Se **resultado da cultura NEGATIVO e válido** (até 5 semanas da data do parto), **não devem receber independente dos fatores de risco**.
- Gestantes submetidas a cesárea eletiva com gestação à termo e antes do início do TP e membranas íntegras **não tem indicação** de receber profilaxia **independente do resultado da cultura** para GBS. Coleta deve ser realizada entre 36 e 37 semanas pois RPMO ou TP podem acontecer antes da data programada.
- Urocultura positiva durante o pré natal (qualquer contagem de colônias) deve ser considerado **POSITIVO**, **não deve coletar rastreio entre 36 e 37 semanas** e paciente deve receber antibioticoprofilaxia intraparto.

7. PROFILAXIA

Antibiótico		Dose
1ª escolha	Penicilina Cristalina	5.000.000Ui EV (ataque) 2.500.000 Ui EV 4/4h (manutenção)
2ª escolha	Ampicilina	2g EV (ataque) 1g EV 4/4h (manutenção)
Em caso de alergia, risco baixo (SEM história de anafilaxia, angioedema, dificuldade respiratória ou urticária após à administração deste antibiótico ou de cefalosporina.)	Cefazolina	2g EV (ataque) 1g EV 8/8h (manutenção)
Em caso de alergia, risco alto (COM história de anafilaxia, angioedema, dificuldade respiratória ou urticária após à administração deste antibiótico ou de cefalosporina.)	Clindamicina (se EGB suscetível)	900 mg EV 8/8 horas
	Se GBS resistente à Clindamicina--> Vancomicina	20 mg/ kg a cada 8 horas, dose máxima por tomada de 2g, infusão de pelo menos 1 hora ou 500mg/ 30 min se dose >1g

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de realização de profilaxia com antibiótico em gestantes com Strepto positivo
- Taxa de pacientes que internam para parto, no termo, sem resultado de Strepto conhecido
- Taxa de sepse neonatal por Strepto

III. GLOSSÁRIO

EGB: estreptococo do grupo B

TP: trabalho de parto

TPP: trabalho de parto prematuro

RPMO: rotura prematura das membranas ovulares

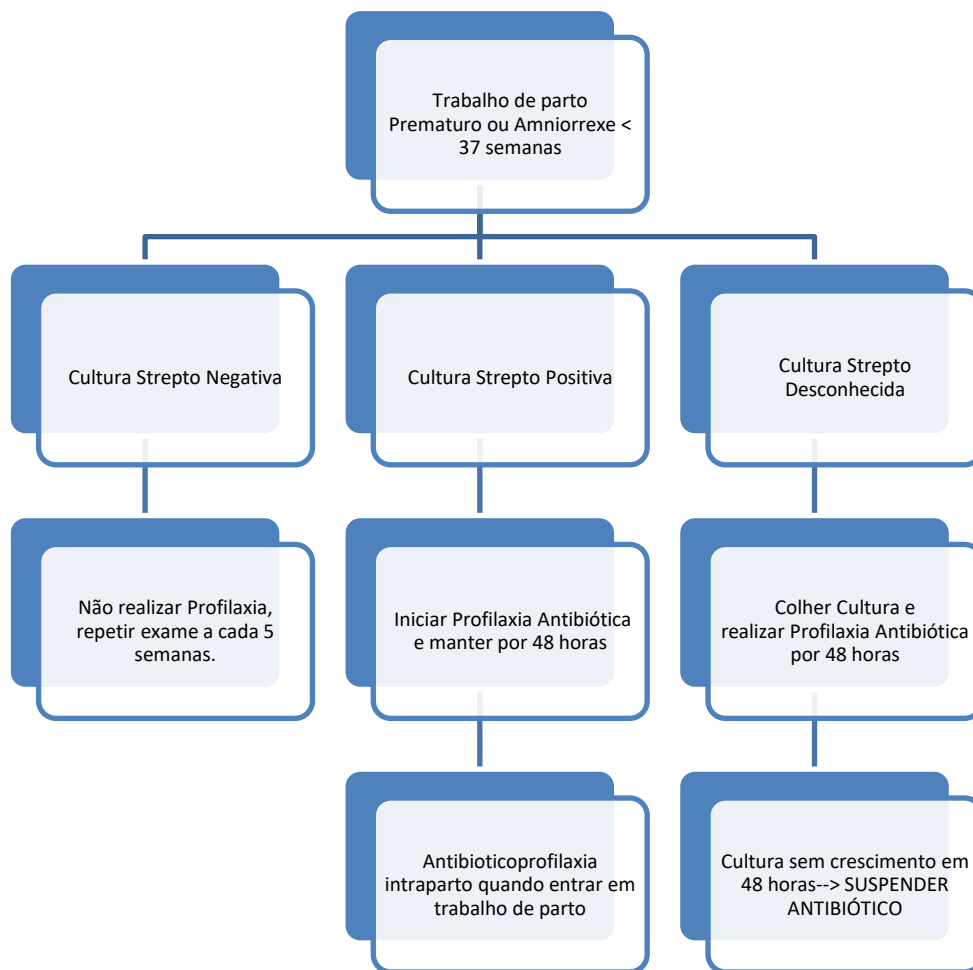


Figura 1: Algoritmo da profilaxia da infecção pelo GBS de acordo com o resultado da cultura.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1]Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022, Capítulo 39, p.(405-416). Acesso: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf
- [2]Committee on Obstetric Practice, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion no. 797: Prevention of Group B Streptococcal Early-onset Disease in Newborns. Obstet Gynecol. Vol 135. Número 2, Fevereiro de 2020;
- [3] Jennifer RV, Lesley M, Stephanie JS, Prevention of perinatal group B streptococcal disease: revised guidelines from CDC, 2010 . Centers for Disease Control and Prevention. November 19, 2010 / 59(RR10);1-32.
- [4]Ohlsson A, Vs S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization (Review) Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. 2016;(6):2014-2016. doi:10.1002/14651858.CD007467.pub4.Copyright.
- [5]Puopolo KM, Madoff LC, Baker CJ. Group B streptococcal infection in pregnant women. Up To Date, 2014:09
- Verani JR, McGee L SS. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Mmwr. 2010;59(No. RR-10):1-32. doi:10.1097/01.EDE.0000032431.83648.8D.

Código Documento: CPTW316.2	Elaborador: Ana Carolina Murgel Fernanda Faig Romulo Negrini Roberta Bocchi Soraia Ambrosio	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andréa Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 19/03/2025 Data de Revisão: 14/04/2025	Data de Aprovação: 14/04/2025
---------------------------------------	---	--	---	---	---